

Ratkaisukeskeisyyden ja yhteisöhoidon periaatteiden toteutuminen uudessa nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutusyksikössä

Suvi Paakkinen
Nelli Raunio

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Paakkinen, Suvi Raunio, Nelli	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.05.2015
	Sivumäärä 39	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Ratkaisukeskeisyyden ja yhteisöhoidon periaatteiden toteutuminen uudessa nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutusyksikössä		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pelkonen, Anu		
Toimeksiantaja(t) Mikeva Oy		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Mikeva Oy:n uuden nuorille aikuisille suunnatun mielenterveyskuntoutusyksikkö Aallon alkuvaiheen kehittämistarpeita työntekijöiden näkökulmasta. Vuonna 2014 perustettu Aalto on Mikeva Oy:n ensimmäinen ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon perustuva ympärivuorokautisesti valvottu asumisyksikkö. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Millaiseksi työntekijät kokevat yksikön toimintaperiaatteiden toteuttamisen käytännössä? Mitä kehittämissuhteita työntekijöillä on toiminnan alkuvaihetta koskien? Mihin asioihin kaivataan lisäkoulutusta? Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena käyttäen Webropol-ohjelmalla tehtyä kyselylomaketta. Kysely lähetettiin kaikille yhdeksälle Aallon työntekijälle.</p> <p>Keskeisimmät tulokset olivat, että vastaajat kokivat työnkuvan Aallossa monipuoliseksi ja haastavaksi, mutta palkitsevaksi. Esimerkiksi ratkaisukeskeisen tulohaastattelun tekeminen koettiin hankalaksi, mutta sen arvioitiin helpottuvan ja selkeytyvän kokemuksen myötä. Perusperehdytyksen toteuttamiseen ja ryhmäytymiseen toivottiin lisää panostusta. Lisäkoulutusta kaivattiin erityisesti ratkaisukeskeisen työ- ja ajattelutavan toteuttamiseen käytännössä. Vastaajilla oli positiivinen näkemys Aallon toiminnan kehittymisestä jatkossa. Uskottiin myös, että seuraavien samankaltaisten yksiköiden perustaminen on entistä sujuvampaa ja selkeämpää.</p> <p>Mikeva Oy käyttää opinnäytetyön tuloksia kehittääkseen seuraavien samankaltaisten yksiköiden perustamista ja alkuvaiheita.</p>		
Avainsanat Mikeva Oy, kuntoutusyksikkö Aalto, mielenterveys, mielenterveyskuntoutus, ratkaisukeskeisyys, yhteisöhoito		
Muut tiedot		



Author(s) Paakkinen, Suvi Raunio, Nelli	Type of publication Bachelor's thesis	Date 11.05.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 39	Permission for web publication: x
Title of publication Principles of solution focused therapy and community care in practice in a new young adults' mental health rehabilitation unit		
Degree programme Degree Programme of Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) Pelkonen, Anu		
Assigned by Mikeva Oy		
<p>Abstract</p> <p>The aim of the thesis was to find out what are the things to improve in the early stage of Mikeva Oy's new young adults' mental health rehabilitation unit Aalto from the workers' point of view. Aalto was founded in 2014 and it is Mikeva Oy's first round-the-clock supervised residential unit which functioning is based on solution-focused procedure and community care. The research problems were: What are the workers' experiences of putting the principals of the unit in action? What do the workers suggest to improve the beginning of the new unit? Which are the things that workers feel like they need more education to? The thesis was executed as a qualitative study, and the question form, which was sent to all nine workers of Aalto, was made by Webropol.</p> <p>The main results were that in the answerers opinion the job description in Aalto was versatile and challenging but rewarding. For example the solution-focused interview for the new clients was difficult, but the answerers thought it will get easier with time. More effort was wanted to executing the basic introduction to the work and making the new workers feel like a team. The answerers had a positive sight of the development of Aalto in the future, and that founding next units with the same ideology will be easier.</p> <p>Mikeva Oy will use the results of this thesis to improve the founding of the next units with the same ideology.</p>		
Keywords/tags Mikeva Oy, rehabilitation unit Aalto, mental health, mental health rehabilitation, solution-focused, community care		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	2
2 Kuntoutusyksikkö Aalto, Mikeva Oy	3
3 Mielenterveyskuntoutus.....	4
3.1 Mielenterveys	4
3.2 Mielenterveystyö	6
4 Ratkaisukeskeisyys	8
4.1 Ratkaisukeskeisyyden historia	8
4.2 Ratkaisukeskeisyyden periaatteet.....	9
4.3 Ratkaisukeskeisen toimintatavan kysymystyypit	11
5 Yhteisöhoito	12
5.1 Yhteisöhoidon kehittyminen	12
5.2 Yhteisöhoidon periaatteet	13
5.3 Yhteisöhoidon toimintatavat	15
5.4 Yhteisöhoito mielenterveystyössä	15
6 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset.....	16
7 Opinnäytetyön toteuttaminen	17
7.1 Tutkimusmenetelmä	17
7.2 Aineiston keruu	17
7.3 Aineiston analyysi	18
7.4 Tutkimuksen luotettavuus	19
7.5 Tutkimuksen eettisyys	19
8 Tulokset	20
8.1 Taustatiedot.....	20
8.2 Ennen työn alkamista.....	21
8.3 Valinnan jälkeen	22
8.4 Toiminnan alkuvaihe	23
8.5 Nykyhetki	24
8.6 Tulevaisuus	24
8.7 Parannusehdotukset	25
9 Pohdinta	26
Lähteet	28
Liitteet	31

Kuviot

Kuvio 1. Vastaajien ikä	21
Kuvio 2. Vastaajien työkokemus	21

1 Johdanto

Yhteisöhoito perustuu asiakkaan tasavertaiseen asemaan yhteisössä, jossa hän saa vaikuttaa sekä omaan hoitoonsa että koko yhteisön toimintaan. Yhteisöhoidon avulla mielenterveyskuntoutujille voidaan tarjota mahdollisuus hyvään elämään sekä tukea yksilön hyvinvointia ja muutosta. Yhteisöhoitoa pidetään kalliina hoitomuotona, jonka tulokset ovat huonoja. Muutokset ovat kuitenkin usein elinikäisiä ja asiakkaat löytävät paikkansa yhteiskunnassa. (Ikonen, Kallio & Ruisniemi 2012, 104-106.)

Ratkaisukeskeisyys on ajattelu- ja työtapaa, joka korostaa asiakkaan voimavaroja ja itse asettamia tavoitteita, ja suuntaa katseen tulevaisuuteen. Työote etsii asiakkaan elämästä hyviä hetkiä ja korostaa pienintäkin edistysaskelta. Ratkaisukeskeisyydessä ei etsitä tai korjata sitä, mikä on rikki, vaan vahvistetaan ja tehdään lisää sitä, mikä toimii. Tasavertaisuus ja yhteistyö ammattilaisen ja asiakkaan välillä on tärkeää, ja toisen arvoja ja asenteita kunnioitetaan. Tätä asiakaslähtöistä työtapaa käytetään ratkaisukeskeisen psykoterapian lisäksi muun muassa työhyvinvoinnin edistämisessä. (Ratkaisukeskeisyys päihkinänkuoressa n.d.; Raunio 2014.) Toimeksiantajamme Mikeva Oy perusti vuonna 2014 nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutusyksikön, jonka toiminta pohjautuu ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää kehittämistarpeita koskien uudella, ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon pohjautuvalla ideologialla perustetun yksikön alkuvaihetta työntekijöiden näkökulmasta. Toteutimme kaikille Aallon työntekijöille Webropol-ohjelmalla kyselyn, jolla selvitimme työntekijöiden kokemuksia ja mielteitä aina työpaikan hakemisesta toiminnan aloittamiseen ja tulevaisuuteen asti. Mikeva Oy käyttää opinnäytetyömme tuloksia seuraavien samankaltaisten yksiköiden perustamista suunnitellessa ja toteuttaessa.

2 Kuntoutusyksikkö Aalto, Mikeva Oy

Mikeva Oy on yksityinen valtakunnallisesti toimiva sosiaali- ja terveysalan yritys, joka tarjoaa kuntouttavia ja terapeutisia palveluja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, kehitysvammaisille, vanhuksille, lapsille ja nuorille asumisyksiköissä sekä asukkaiden kotona. Mikeva työllistää yli 1200 henkilöä yli 50 paikkakunnalla 90 yksikössä. Mikevan arvot ovat luotettavuus, yksilöllisyys, hyvä olla, turvallisuus ja yhteisöllisyys. Nämä arvot muodostavat Hyvä Olla -arvolupauksen, jonka tavoitteena on saavuttaa sekä asiakkaille että työntekijöille Hyvä Olo joka päivä. (Yritys 2014.) Sinead Keenan ja Sarah Paget (2005, 4-5) ovat laatineet terapeuttien yhteisöjen palvelustandardit, joita Aallossakin noudatetaan. Ydinstandardeissa korostetaan koko yhteisön välistä vuorovaikutusta sekä kaikkien jäsenten tasavertaista mahdollisuutta vaikuttaa yhteisön toimintaan. Standardit on jaettu viiteen eri osa-alueeseen käsittelemänsä aiheen mukaan; fyysinen ympäristö, henkilökunta, liittyminen ja lähteminen, terapeutin ympäristö sekä ulkopuoliset suhteet.

Aalto on 18-30-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille suunnattu kuntoutusyksikkö, joka on perustettu Seinäjoelle vuonna 2014. Asukaspaikkoja Aallossa on 15, ja henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Henkilökunta koostuu yhdeksästä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisesta, joista yksi toimii vastaavana ohjaajana. Lisäksi Aallossa työskentelee kotiaavustaja, joka huolehtii arkipäivisin yksikön yleisestä siisteydestä ja ruuanlaitosta yhdessä kuntoutujien kanssa. Aallon toiminnan kulmakivet ovat toiminnallisuus, yhteisöllisyys, ratkaisukeskeisyys ja hyvä olla. Kuntoutujien tavoitteet ja kuntoutus suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutussuunnitelman avulla, ja tarkoituksena on saada nuori kuntoutuja motivoitumaan ja osallistumaan kuntoutukseensa aktiivisesti. Kuntoutujien omaohjaajat ovat erityisasemassa itsenäistymisen tukijoina. Kuntoutujien on mahdollista myös vuokrata viereisestä luhtitalosta tai muualta yksityiseltä vuokranantajalta asunto, johon on saatavilla erilaisia tukipalveluja elämän- ja arjenhallinnan opettelemiseksi. (Kuntoutusyksikkö Aalto 2014.) Tukipalveluja on mahdollista saada muun muassa kuntoutujan lääkehuoltoon, kodinhoitoon ja opiskeluun liittyviin asioihin. Yrityssalaisuuden suojelemiseksi yksikön arkea ja sen tapahtumia tai toimintatapoja ei opinnäytetyössä esitellä tarkemmin.

3 Mielenterveyskuntoutus

3.1 Mielenterveys

Mielenterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä, jonka Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, eikä pelkästään sairauksien tai vammojen puuttumisena. Mielenterveyteen vaikuttavat yksilölliset voimavarat, sosiaalinen verkosto, kasvuolosuhteet sekä yhteiskunnan luomat puitteet. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2009, 8; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 17.)

Mielenterveys käsittää muutakin kuin mielenterveyshäiriöt, jotka ovat mielenterveyden negatiivinen puoli. Positiivinen mielenterveys on hyvinvoinnin, hyvän itsetunnon ja -luottamuksen sekä itseensä tyytyväisyyden tunnetta. Kokemus siitä, että voi vaikuttaa ja hallita elämäänsä myös vaikeissa tilanteissa, vahvistaa mielen hyvinvointia ja luottamusta selviytymiseen. (Kuhanen ym. 2013, 17-19.) Mielenterveyshäiriön puhkeaminen ja vaikutuksen laajuus riippuvat perinnöllisen alttiuden lisäksi yksilön henkilökohtaisista voimavaroista ja saatavilla olevista tukitoimista. Hyvä sosiaalisen verkoston tuki, positiivinen elämänasenne sekä hyvät elinolosuhteet yhdessä terapian ja hoidon kanssa edesauttavat mielenterveyshäiriöstä selviytymistä. Mielenterveydessä tapahtuvat muutokset vaikuttavat kokonaisvaltaisesti hyvinvointiin psyykkisellä, fyysisellä ja sosiaalisella tasolla. (Mts. 20-22.)

Mielenterveyden häiriöitä esiintyy monenlaisina ja eri vaikeusasteisina, ja monet niistä puhkeavat jo nuoruudessa. Diagnoosit perustuvat sovittuihin luokituksiin ja esiintyvien oireiden ominaispiirteisiin, ja niitä tehdään helpottamaan sairauden tunnistamista, hoidon suunnittelua ja ennusteen tekemistä. Virallisessa tautiluokituksessa ICD-10:ssä mielenterveyshäiriöt kuuluvat luokkiin F00-F98. (Mts. 180-181; Marttunen, Huurre, Strandholm & Viialainen 2013, 10.) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa ICF:ssä (International Classification of Functioning, Disability and Health) mielenterveys näkyy kehon toiminnoissa ja rakenteissa, joissa mielentoiminnot ovat pääluokka 1, joka on jaettu kokonaisvaltaisiin (b110-139)

ja erityisiin (b140-189) mielentoimintoihin. Mielenterveyteen liittyvät erityisesti seuraavat luokat: kokonaisvaltaiset psykososiaaliset toiminnot (b122), temperamentti ja persoonallisuustoiminnot (b126) sekä tunne-elämän toiminnot (b152). Mielenterveydellä on kokonaisvaltainen vaikutus yksilön hyvinvointiin, joten siksi sillä on merkitystä myös muihin toimintakyvyn osa-alueisiin, kuten itsestä huolehtimiseen ja henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin (suoritukset ja osallistuminen, pääluokat 5 ja 7). (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2004, 52, 54, 56-57.)

Psykoottisista sairauksista merkittävin on skitsofrenia (esiintyvyys Suomessa 0,5-1,5%), jossa potilaan persoonallisuus hajoaa, todellisuudentaju heikentyy ja toimintakyky heikkenee, mikä usein aiheuttaa yhteiskunnasta ja ihmissuhteista syrjäytymistä. Aistiharhat, harhaluulot eli deluusiot, kognitiiviset puutokset sekä käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt ovat psykoottisia oireita, joihin voi lisäksi liittyä ahdistuneisuutta ja pelkotiiloja. Altistavat tekijät skitsofrenian puhkeamiselle ovat psykososiaalisia ja biologisia, kuten varhaiset vuorovaikutushäiriöt sekä raskauden ja synnytyksen komplikaatiot. Laukaisevana tekijänä on usein jokin sisäinen tai ulkoinen stressitekijä, kuten keskushermoston vamma tai elämäntilanteen muutos. Hyvin harva toipuu skitsofreniasta täysin. (Lepola ym. 2002, 37-39, 47; Kuhanen ym. 2013, 191-192.) Psykoottisten sairauksien syitä tai sitä, miten niitä voitaisiin yksilötasolla ehkäistä ei vielä tiedetä (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo 2013, 175).

Mielialahäiriöihin kuuluvat masennushäiriöt ja kaksisuuntainen eli bipolaarihäiriö, ja niiden kesto ja oireet vaihtelevat yksilöllisesti. Masennustilan oireita ovat mielialan lasku, ahdistuneisuus, uni- ja keskittymisvaikeudet, arvottomuuden tunne sekä somaattinen oireilu. Masennuksessa toiminta- ja aloitekyky laskee, ja vaikeissa masennustiloissa itsemurhariski kasvaa. Masennuksen puhkeamiseen vaikuttavat elämäntilanteen lisäksi monet sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennuksen ja manian jaksot vuorottelevat, ja siihen voi liittyä myös oireettomia jaksoja. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on usein perinnöllistä ja sairastavilla voi olla muita samanaikaisia psyykkisiä häiriöitä, kuten persoonallisuushäiriöitä. Maniavaiheessa mieliala, energisyys ja itsetunto nousevat korostuneesti ja sai-

rastunut tuntee kykenevänsä mihin tahansa. Käyttäytyminen on holtitonta ja vastuutonta, ja yliaktiivisuus häiritsee toimintakykyä. (Lepola ym. 2002, 62; Kuhanen ym. 2013, 205-208.)

Ohimenevä ahdistuneisuus on normaalia, mutta kun siitä aiheutuu selvää haittaa tai kärsimystä, on kyse häiriöstä (Marttunen ym. 2013, 17). Tavallisimpia neuroottisia häiriöitä ovat muun muassa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä paniikkihäiriö. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä pelko ja ahdistus ovat jatkuneet pitkään, eivätkä ne ole tilannesidonnaisia, vaan esiintyvät monissa eri paikoissa ja tilanteissa. Oireita ovat lisäksi väsymys, uni- ja keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys sekä fyysiset oireet kuten pää- ja lihassärky. Ahdistuneisuus vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä, heikentää elämänlaatua ja yleistä toimintakykyä. Erityisesti nuoret voivat yrittää hallita ahdistuneisuuttaan käyttämällä päihteitä, mikä lisää päihdeongelman riskiä. Toisin kuin yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö esiintyy kohtauksittain ahdistavissa tilanteissa, ja usein potilas alkaakin välttää tilanteita, joissa paniikkikohtauksia esiintyy. Tämä välttämiskäyttäytyminen voi aiheuttaa elämänpiirin kapenemista ja toimintakyvyn laskua. Paniikkikohtauksessa esiintyviä oireita ovat kuolemanpelko, sydämentykytyks, hengenahdistus, vapina ja pyöritys. Uuden kohtauksen odottaminen ja pelkääminen saa potilaan tarkkailemaan oireitaan kohtauksen varalta, mikä voi lisätä ahdistusta ja muita oireita entisestään. (Mts. 22, 26; Kuhanen ym. 2013, 222-224.)

3.2 Mielenterveystyö

Mielenterveislain (L 14.12.1990/1116) mukaan mielenterveystyöllä pyritään edistämään yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä, lievittää ja parantaa mielenterveyshäiriöitä. Terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326) mukaan kunnan tulee järjestää tarvittavat mielenterveyspalvelut, joihin kuuluvat mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Terveydenhuoltolain mukaiseen mielenterveystyöhön sisältyy lisäksi mielenterveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä psykososiaalinen tuki erilaisissa elämäntilanteissa. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta huolehditaan avopalveluiden avulla, sekä psykiatrian poliklinikoilla ja sairaalahoitona erikoissairaanhoidossa (Mielenterveyspalvelut 2014).

Mielenterveystyön kehittämisen haasteena on asiantuntijoiden ja asiakkaiden tavoitteiden vastakkainasettelu. Asiantuntijoiden tehtävä on löytää nimettävä ongelma, jotta asiakkaalle voidaan antaa diagnoosi. Tämä toimintatapa korostaa helposti asiakkaan toimintakyvyttömyyttä ja puutteita. Mielenterveystyön kehittämiseksi lähestymistapaa tulisi muokata asiakaslähtöisemmäksi ja voimavaroja hyödyntäväksi kuntoutukseksi. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 159-160.)

Kuntouttava työote tuo toimintaan tavoitteellisuutta ja kuntoutujalähtöisyyttä. Kuntoutujaa pidetään oman elämänsä parhaana asiantuntijana, joka tekee itseään koskevat päätökset ja on vastuussa niistä. Kuntoutujan voimavaroja ja vahvuuksia korostetaan, ja tavoitteena on elämänhallinnan tunteen lisääminen, arjessa selviytymisen taitojen vahvistaminen ja elämänlaadun paraneminen. Kuntoutujan motivaatio ja asenne vaikuttavat kuntoutumismahdollisuuksiin. Ammatilainen eli hoitaja tai ohjaaja on kuntoutumisen mahdollistajana, antaa asiantuntevaa tukea kuntoutujalle, innostaa ja vahvistaa kuntoutujan näkemystä itsestään kehityskykyisenä ihmisenä. Toisaalta ohjaajan on hyvä olla muistuttamassa ja keskustelemassa kuntoutujan kanssa siitä, mikä on tälle hyväksi, jos kuntoutujan psyykkinen kunto estää näkemästä omaa parastaan. Kuntoutujan ja ohjaajan suhde on vuorovaikutuksellinen ja tasa-arvoinen. Kuntoutumista ohjaamassa on kuntoutussuunnitelma, jonka tekemiseen kuntoutuja vaikuttaa. Tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi kirjataan ylös. Hyvässä kuntoutussuunnitelmassa on kirjattu konkreettisia tavoitteita välietapein, ja ne ovat kuntoutujalle mielekkäitä, jolloin motivaatio kuntoutumiseen pysyy korkealla. (Kuhanen ym. 2013, 103-107.)

Kuntoutuksen ohjaajan tehtävänkuvaan mielenterveyskuntoutuksessa kuuluu asiakkaan arviointi, tunnevaltainen ja ammatillinen neuvonta sekä palveluohjaus. Tärkein rooli on kuitenkin mielenterveyskuntoutusyksikön arjessa toimiminen asukkaiden omien voimavarojen kehittämiseksi. (Moxley & Finch 2003, 100.) Mielenterveyskuntoutujien parissa työskennellessä työ on asiakaskeskeistä, mutta myös ympäristöllä, jossa kuntoutus tapahtuu on merkitystä. Ympäristön täytyy olla asiakasta ja hänen omia oivalluksiaan tukevaa. Tämän onnistumiseksi sekä ohjaajan että asiakkaan on oltava avoimia muutoksille ja kasvulle. (Etherington 2002,150.)

4 Ratkaisukeskeisyys

4.1 Ratkaisukeskeisyyden historia

Ratkaisukeskeisyyteen pääasiassa vaikuttaneina taustateorioina ovat toimineet systeemiteoria, kybernetiikka ja sosiaalinen konstruktivismi, vaikka sen menetelmiä ei olekaan suoraan johdettu aikaisemmista teorioista. Edellä mainittuihin teorioihin pohjautuvat keskusteluiden ja kanssakäymisen vaikutus maailmankatsomukseemme, jatkuva vuorovaikutus, havaintojen tekemisen tärkeys ja valmius korjata tekemiään päätelmiä ovat ratkaisukeskeisyydelle ominaisia asioita. 1980-luvun lopulla narratiivisuus eli tarinallisuus alkoi vaikuttaa ratkaisukeskeisyyteen. Narratiivisessa terapiassa ihmisen ajatellaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja siinä asiakkaan kertomat tarinat muodostuvat toisiinsa linkittyneistä, juonellisista tapahtumista. Terapeutin on tärkeää olla aidosti utelias ja ennakkoluuloton niitä polkuja kohtaan, joihin asiakkaan tarina voi kulkeutua. (Hirvihuhta & Litovaara 2004, 65-66; Morgan 2005, 12; De Jong & Berg 2008, 347.)

Ratkaisukeskeisyyden voidaan ajatella saaneen alkunsa 1950-luvulla, kun psykiatri Milton H. Ericksonin uusi lähestymistapa kohdata asiakkaitaan sai huomiota. Hän ei noudattanut mitään tiettyä teoriaa, vaan piti jokaista asiakasta yksilöllisenä ja kyvykkäänä ihmisenä, jolla on viisautta ja valmiuksia selvittää hankaluuksistaan. 1960-luvulla Erickson oppilaineen ajatteli, että uusien, ehkä odottamattomien keinojen etsiminen käsitellä vaikeuksia sekä ongelmien uudelleenmäärittely antaa uusia näkökulmia sekä asiakkaalle että terapeutille. (Hirvihuhta & Litovaara 2004, 62-63.)

1970-luvulta lähtien ratkaisukeskeistä menetelmää kehitettiin ja sovellettiin uusissa kohderyhmissä. Terapeutti Steve de Shazer ja tämän työryhmä olivat kiinnostuneita asiakkaiden ongelmattomasta kaudesta, eikä niinkään itse ongelmasta tai sen syistä. Työryhmä keskittyi ainoastaan tavoitteisiin ja ratkaisuihin, jotka löytyivät ajasta, jolloin ongelmaa ei ollut. Ratkaisukeskeisyys alkoi kehittyä nykyisenlaiseksi yritysten ja erehdysten kautta, kokeilemalla, mikä toimii. Myös osa ratkaisukeskeisyyden kysymyksistä, kuten asteikko- ja ihmekysymys, ovat asiakkaiden keksimiä. Menetelmä alkoi kehittyä

entistä asiakaslähtöisempään suuntaan 1980-luvulla, kun keskusteluista asiakkaan kanssa tuli tasa-arvoisia, asiakasta arvostavia ja yhteistyötä vaalivia. Terapian lisäksi ratkaisukeskeistä menetelmää alettiin soveltaa myös vuorovaikutuksellisilla aloilla, kuten työyhteisöjen kehittämisessä ja konfliktitilanteiden selvittämisessä. (Mts. 64; De Jong & Berg 2008, 107, 347.)

Suomalaisista ratkaisukeskeisyyden asiantuntijoista tunnetuimmat ovat Ben Furman ja Tapani Ahola, jotka ovat kehittäneet erityisesti työyhteisöjen hyvinvointia edistäviä toimintatapoja (Hirvihuhta & Litovaara 2004, 64.) Vuonna 1986 Furman ja Ahola perustivat Lyhytterapiainstituutin, joka nykyäänkin tarjoaa psykoterapeuttikoulutuksen lisäksi luentoja, muita koulutuksia, puhelinvälitteistä psykoterapiaa ja ratkaisukeskeisen terapian materiaaleja (Lyhytterapiainstituutti n.d.)

4.2 Ratkaisukeskeisyyden periaatteet

Ratkaisukeskeisyyden ajatuksena on etsiä asiakkaan tilanteeseen ratkaisuja ja tavoitteita uusien näkökulmien kautta. Tavoitteen määrittely sekä poikkeukset ratkaisujen rakentajina ovat tärkeitä ratkaisukeskeisiä työvälineitä. Päättävöitetta kohti kulkiessa pienetkin muutokset parempaan huomiodaan, sillä ne kertovat edistyksestä ja kannustavat jatkamaan. Myönteiset muutokset otetaan esille ja niitä vahvistetaan sekä lisätään. Tulevaisuuteen luottaminen ja toiveikkuus ovat keskeisessä asemassa, ja asiakkaan voimavaroja arvostetaan ja vaalitaan. Ratkaisukeskeisyydessä asiakas on selkeästi keskipisteenä ja häntä pidetään oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Asiakas määrittelee, mitä muutoksia hän haluaa elämäänsä ja mikä hänen elämässään olisi erilaista ongelman ratkettua. Ammattilaisen tehtävänä ei ole kertoa asiakkaalle, mikä ongelma on ja miten siitä selvittää, vaan kannustaa asiakasta itse löytämään tavoitteensa omasta näkökulmasta. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2005, 14-15; De Jong & Berg 2008, 27, 29, 88; Raunio 2014.)

Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa voidaan myös lähteä liikkeelle ongelman kuvaamisesta, mutta sen syitä tai muita taustoja ei ole mielekästä selvittää tarkemmin. Hyvin pian keskustelu ohjataan ratkaisupuhetta kohti. Seuraavat askeleet ovat tavoitteen

kirkastaminen ja poikkeusten tutkiminen. Asiakas hahmottelee näkemyksen siitä, milaista elämä on ongelman ratkeamisen jälkeen. Tutkitaan myös tilanteita, joissa ongelmaa ei ole ollut; mikä oli erilaista ja miksi? Asiakkaalle annetaan sekä positiivista että rakentavaa palautetta, jotka kertovat asiakkaalle mitä hän on jo tehnyt ja mitä tämä voisi vielä tehdä parantaakseen tilannettaan entisestään. Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa palaute rakennetaan niin, että ensin annetaan positiivista palautetta pienistäkin edistysaskeleista. Tämän jälkeen ammattilainen käyttää siltaa perustelemaan ja sitomaan antamansa positiivisen palautteen ehdotukseen, jonka seuraavaksi antaa. Ehdotus on havainnointia tai toimintaa koskeva kotitehtävä tai suositus, joka edesauttaa ratkaisun rakentamista. (De Jong & Berg 2008, 28, 118-119.)

Kielellä sekä keskustelun ja kysymysten luonteella on keskeinen rooli ratkaisukeskeisyyden välineinä. Se, millaista käytetty kieli on, vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen, ympäristöön suhtautumiseen ja henkilökohtaiseen hyvinvointiin. Parhaimmillaan vuorovaikutus antaa uusia näkökulmia, mahdollisuuksia ja avartaa ajattelutapaa, ja siksi vuorovaikutteinen, runsaasti kysymyksiä sisältävä dialogi onkin ratkaisukeskeisyyden perusväline. Asiakkaan kertomuksesta ei tehdä tulkintoja, vaan kaikenlaiset näkemykset hyväksytään omia uskomuksia murtaamalla, ja kuunnellaan asiakasta aidosti. Mustavalkoinen, omiin malleihin jämähtänyt ajattelu estää näkemästä uusia mahdollisuuksia, joita asiakkaan kertomuksesta tulee esille. Taitava ja kokenut ratkaisukeskeisen toimintatavan ammattilainen osaa sivuuttaa oman aikaisemman näkökantansa ja kuunnella asiakkaan kertomusta ei-tietämisen lähtökohdasta. Asiakkaan itse esille tuomia havaintoja ja käsityksiä itsestään, läheisistään ja tapahtumista tutkitaan ja vahvistetaan. Kuitenkin, vaikka ratkaisukeskeisyyden mukaan asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija, voi tulla tilanteita, joissa asiakkaan itselle asettamat tavoitteet eivät kuulosta realistisilta. Näissäkin tilanteissa ammattilaisen tulee unohtaa omat käsityksensä ja sen sijaan kysyä tarkentavia ja tavoitetta selventäviä kysymyksiä, kuten ”Voisiko niin tapahtua?” ja ”Miksi ajattelet, että se voisi onnistua?”. Tällä tavoin asiakas joutuu pohtimaan tavoitteensa realistisuutta syvemmin ilman, että tämän käsitystä omasta kyvykkyydestä loukataan. (Hirvihuhta & Litovaara 2004, 101; Katajainen ym. 2005, 136, 180; De Jong & Berg 2008, 30, 46, 87.)

4.3 Ratkaisukeskeisen toimintatavan kysymystyyppit

Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa kysymysten asettelulla voidaan muokata asiakkaan suhtautumistapaa käsiteltävään aiheeseen. Pyritään pois ongelma-ajattelusta, keskitytään vahvuuksiin ja etsitään ratkaisuja sekä tavoitteita, joita kohti edetä. Kysymyksiä voidaan jaotella muutamaaan kategoriaan: tarkentavat, avoimet, asteikko- ja ihmekysymykset. Näiden avulla etsitään muun muassa poikkeuksia, asiakkaan vahvuuksia ja asenteita. Poikkeus tai poikkeama on aika tai tilanne, jolloin ongelmaa ei esiintynyt, vaikka niin olisi todennäköisesti voinut tapahtua. Asiakkaan huomio kiinnitetään niihin hetkiin: kuka ja mitä asioita niihin on liittynyt? Missä ja milloin se tapahtui? Kun poikkeavaa tilannetta on käsitelty, pohditaan, mikä sen on saanut aikaan. (De Jong & Berg 2008, 106.) Luottamusta pystyvyyteen ja toiveikkuutta tulevaisuutta kohtaan voidaan herätellä esittämällä selviytymiskysymyksiä. Asiakkaalla voi olla niin hankala elämäntilanne, että se tuntuu toivottomalta. Selviytymiskysymyksillä siirretään asiakkaan huomiota pois epätoivosta ja tuskasta siihen, että huolimatta vaikeasta tilanteesta hän on kuitenkin selviytynyt tähän asti. Kysymysten avulla etsitään ja nostetaan esille asiakkaan tekemiä asioita, jotka ovat tehneet selviytymisen mahdolliseksi. (Hirvihuhta & Litovaara 2003, 112-116; mts. 214.)

Asteikkokysymykset ovat yksi ratkaisukeskeisyyden tunnusmerkeistä. Niitä käytetään asioiden nykytilan ja muutoksen arvioimiseen, ja niiden avulla monimutkaiset asiat konkretisoituvat ja tulevat helpommiksi käsitellä. Hankalista asioista tai tilanteista löydetään myös positiivisia puolia asteikkojen kautta, ja niitä käyttäen on usein helpompaa ottaa puheeksi vaikeitakin asioita. Asiakasta pyydetään arvioimaan jotain tiettyä asiaa tai tilannetta ja antamaan sille numero asteikolla 1-10, jossa 1 on huonoin mahdollinen ja 10 paras mahdollinen vaihtoehto. Asteikkokysymyksillä voidaan tarkastella esimerkiksi asiakkaan elämässä tapahtuneita muutoksia, motivaatiota, itsetuntoa tai itseluottamusta. Asteikkokysymyksiä kautta voidaan löytää poikkeuksia, joihin ammattilainen voi tarttua. (Hirvihuhta & Litovaara 2004, 107-108; De Jong & Berg 2008, 109-112.)

Ihmekysymys antaa asiakkaalle mahdollisuuden kuvitella parhaimman mahdollisen tilanteen elämässään, kun ongelmaa ei enää ole. Voidaan kysyä esimerkiksi seuraavia

kysymyksiä: Jos ensi yön aikana tapahtuisi ihme, eikä ongelmaa enää olisi, mikä olisi toisin? Mistä huomaisit sen? Mistä läheisin ihmisesi huomaisi sen? Vastauksista saa selville asiakkaan toivoman muutoksen ja ohjaa sekä ajatukset että keskustelun kulun tulevaisuuteen. Esimerkiksi tässä tilanteessa ammattilainen voi käyttää hyödyksi tarkentavia kysymyksiä, jotta tavoite saadaan määriteltä selkeämmin. Tarkentavat kysymykset ovat kuka- mitä-, missä- ja milloin-kysymyksiä, jotka ohjaavat asiakasta kuvailemaan tilannetta tai asiaa tarkemmin ilman syiden analysointia. (De Jong & Berg 2008, 33-34, 88-90.)

Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa käytetään myös asiakkaan näkökulmaa laajentavia avoimia kysymyksiä. Jälleen ammattilaisen lähtökohtana on ei-tietäminen, joten jos kysymys koskee esimerkiksi asiakkaan suhdetta vanhempiinsa, ei kysytä ”Pidätkö vanhemmistasi?” vaan ”Kertoisitko suhteestasi vanhempiisi?”. Avoimilla kysymyksillä osoitetaan uteliaisuutta ja saadaan yksityiskohtaista tietoa asiakkaan tilanteesta. Ne antavat myös asiakkaalle tilaisuuden valita kertomansa asiat, mikä osoittaa kunnioitusta asiakasta kohtaan. (Mts. 35-36.)

5 Yhteisöhoito

5.1 Yhteisöhoidon kehittyminen

Yhteisöhoidon historia alkaa jo valistusajalta, jolloin mielisairaanhoidossa tehtiin monia suuria muutoksia; kahleiden käyttö poistettiin sairaaloista ja potilaille alettiin tarjota ihmisarvoista kohtelua ja mieleistä työtä. Terapeuttisen yhteisöhoidon kehittyminen alkoi kuitenkin vasta 1940-luvulla, jolloin Thomas Main julkisti käsitteen. (Murto 1997, 13-28.) Yhteisöhoidon kehittäjänä ja uranuurtajana pidetään yleisesti kuitenkin Maxwell Jonesia. Jones aloitti terapeuttisen yhteisöhoidon toteuttamisen neuroottisista sydänkivuista kärsivien potilaiden kanssa. Yhteisö alkoi lähentyä Jonesin luentojen aikaansaamien keskustelujen kautta. Vähitellen toiminta kehittyi potilaiden ja sairaalan henkilökunnan yhteisiin kokouksiin, joissa käsiteltiin toimintaan liittyviä asioita.

Jones itse mielsi vasta vuonna 1959 Henderson Hospitaliksi nimetyn mielenterveys-kuntoutusyksikön ensimmäiseksi varsinaiseksi terapeuttiseksi yhteisöksi. (Spandler 2006, 16.)

Suomessa yhteisöhoidon kehittyminen sijoittuu 1960-luvun lopulle, jolloin kokeiltiin ensimmäisen kerran asuntolatyypistä hoitoa psykiatristen sairaalapotilaiden hoidossa. Aluksi hoidon tarkoituksena oli tukea yhteiskuntaan palaavia potilaita ja parantaa heidän psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyään. Myöhemmin huomattiin kuntoutusjärjestelmässä olevan aukkoja, joten alettiin järjestää tuettua asumista ja päivähoitokotitoimintaa. Päivähoitokodissa työskenneltiin 6-11 hengen ryhmissä, joissa tavoitteena oli itseluottamuksen vahvistuminen, tunteiden ja mielipiteiden ilmaisun harjoittelu sekä sosiaalisten taitojen ja päivärytmin oppiminen. Vuonna 1971 aloitettiin työtoiminnan järjestäminen, johon jokainen sai osallistua omien taitojensa mukaisesti. Aluksi työsali toimi erillisenä yksikkönä, mutta kokemuksen myötä tarkoituksenmukaisemmaksi tuli yhdistää kaikki toiminnat niin, että syntyi itsenäinen yksikkö, joka toimi terapeuttisen yhteisön periaatteiden mukaisesti. (Murto 1997, 41-44.)

Yhteisöhoito on yleiskäsite, joka kattaa kaikki yhteisöllisiä menetelmiä käyttävät hoito- ja kuntoutussuuntauukset, joita toteutetaan eri asiakasryhmille (Murto 2013, 12). Maxwell Jones on määritellyt yhteisöhoidon pieneksi intensiivistä hoitoa saavaksi yhteisöksi, jonka toiminta keskittyy yhteisön toiminnan ja vuorovaikutuksen jatkuvaan tarkasteluun (Punkanen 2001, 61). Murto (1997, 13) puolestaan määrittelee yhteisöhoidon tavoitteellisuuden kautta, jossa otetaan huomioon hoidollinen, kuntoutuksellinen sekä kasvatuksellinen näkökulma. Kaiken yhteisössä tapahtuvan toiminnan pitäisi tukea näihin tavoitteisiin pääsemistä.

5.2 Yhteisöhoidon periaatteet

Yhteisöhoidon keskeisenä periaatteena on ajatus siitä, että asiakkaat voivat asua omassa elinympäristössään mahdollisimman itsenäistä elämää ja päättää oman elämänsä tärkeistä asioista. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 37.) Yhteisöhoidon keskeiset periaatteet ovat demokraattinen päätöksenteko, avoin kommunikaatio,

sallivuus ja empaattisuus, yhteisöllisyys sekä todellisuuden kohtaaminen. (Punkanen 2001, 62-64.)

Demokraattinen päätöksenteko on asiakkaan oikeuksien kannalta keskeistä, koska sillä mahdollistetaan hänen osallistumisensa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Iivanainen ym. 2002, 37.) Mahdollisuus vaikuttaa tuo myös vastuuta ja velvollisuuden osallistua ja sitoutua päätettyjen asioiden hoitoon. Potilaiden yhdessä toimimisen ja vaikuttamisen myötä myös vertaistuen saaminen toteutuu. Demokratiaan liittyy myös todellisuuden kohtaaminen eli realiteettikonfrontaatio, jolla tarkoitetaan sitä, että jokainen yhteisön jäsen saa jatkuvasti suoraa palautetta käyttäytymisensä vaikutuksista yhteisöön. Avoin kommunikaatio onkin yhteisöhoidon yksi tärkeimmistä periaatteista. Potilaan ja henkilökunnan välinen keskustelu on dialogista, jossa saa olla mukana kaikki tunteet välittämisestä vihamielisyyteen. (Punkanen 2001, 62-63; Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 103.)

Yhteisöhoidon toteutuminen edellyttää tasa-arvoista suhdetta kaikkien sen jäsenten välillä. Yhteisössä suvaitaan erilaiset arvomaailmat sekä kaikkien jäsenten erilaisuus, ja hyväksytään sekä ymmärretään niiden olemassaolo. (Iivanainen ym. 2002, 40.) Häiritsevästä käyttäytymisestä keskustellaan ja sitä tutkitaan, jotta opitaan tuntemaan yksittäinen potilas paremmin ja voidaan edesauttaa hänen kuntoutumistaan. Sekä diagnostisesta että hoidollisesta näkökulmasta on tärkeä pyrkiä ymmärtämään, miksi asiakas käyttäytyy tietyllä tavalla. Sallivuuden lisäksi empaattisuus kuuluu yhteisöhoitoon. Empaattisuudella tarkoitetaan paitsi toisen ihmisen ymmärtämistä, myös kykyä käsitellä asiaa ja jakaa kokemuksiaan. (Punkanen 2001, 62-64.)

Yhteisöllisyys on yhteisöhoidon pääperiaate, johon koko toiminta perustuu. Yhteisöllisyys näkyy arjen kaikissa toiminnoissa. Yhteisössä eletään yhteistä elämää, jonka tasa-arvoisia jäseniä sekä potilaat että henkilökunta ovat. Yhdessä toimiminen vahvistaa jäsenten välistä vuorovaikutusta sekä vastuuta itsestä ja muista. Yhteisöllisyydessä pyritään siihen, että kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat kaikkeen toimintaan. Osallistumista tärkeämpää on kuitenkin parantuminen, eikä ketään pakoteta toimintaan mukaan. Kuntouttavasta näkökulmasta katsottuna yhteisöllisyyden korostamisella pyri-

tään valmistamaan potilaat yhteisön ulkopuoliseen elämään. (Mts. 63; Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 103.)

5.3 Yhteisöhoidon toimintatavat

Yhteisöhoidollinen yksikkö vaatii työntekijöiltään joustavuutta ja sopeutuvuutta sekä napakkuutta, jotta yhteisö toimisi periaatteiden mukaisesti. Työntekijöille annetaan laaja koulutus yhteisöhoitoon ennen työn aloittamista sekä jatkuvaa työnohjausta, jonka tavoitteena on kehittää yhteisön toimintaa sekä varmistaa työntekijöiden jaksaminen työelämässä. (Punkanen 2001, 65.)

Yhteisökokouksia, joihin osallistuvat kaikki yhteisön jäsenet pidetään yhteisön toiminnan ja kehityksen perustana. Jokaisella kokouksella on ominainen rakenne ja tavoitteet, mutta päätavoitteena on parantaa jäsenten käsitystä yhteisöstä ja sen toiminnasta. (De Leon 2000, 249.) Yhteisökokouksilla pyritään rakentamaan yhteisöstä saumattomasti toimiva kokonaisuus. Jokainen jäsen on tärkeä osa yhteisöä ja vaikuttaa sen kehittymiseen, mutta esimiehillä ja henkilökunnalla on kuitenkin ratkaiseva rooli luottamussuhteen syntymiseen asiakkaiden kanssa. (Murto 2013, 29.)

Viikkosuunnitelmat ja hoito-ohjelmat ovat yhteisön toiminnallisen rakenteen perusta. Viikkosuunnitelma sisältää kaikki erilaiset kokoukset, työtehtävät ja terapiaryhmät. Suunnitelman on oltava kaikkien nähtävillä, jotta sen seuraaminen on helppoa. Jokaisella asukkaalla on omat hoito- ja kuntoutussuunnitelmansa, joiden pohjalta kullekin luodaan omaan tilanteeseen sopivat työtehtävät. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 103; mts. 28.)

5.4 Yhteisöhoito mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä yhteisöhoidollisen menetelmän perusajatuksena on, että asiakasta ei lähestytä diagnoosin kautta, vaan keskitytään häneen kokonaisuutena ja ajatellaan hänen olevan osa ympäröivää yhteisöä. Yhteisössä sosiaalinen identiteetti kehittyy ja kasvaa vuorovaikutustilanteissa, jolloin käsitys itsestä muuttuu todenmukai-

semmäksi. Vähitellen asiakas alkaa hyväksyä itsensä sellaisena kuin on, heikkouksi-
neen ja vahvuuksineen. (Ikonen ym. 2012, 104.)

Yhteisöhoidollisessa yhteisössä pyritään vähitellen ottamaan vastuuta omasta toimin-
nasta ja lopulta myös koko yhteisön toiminnasta. Muutos parempaan voi tapahtua
vasta sitten, kun asiakas on valmis ottamaan vastuun omasta tekemisestään. Vertais-
ryhmä toimii peilinä, jonka kautta näkee oman toiminnan vaikutukset itseensä ja toi-
siin. (Mts. 105.) Vastuun ottamiseen ja omien voimavarojen löytymiseen liittyy käsite
voimaantuminen, johon yhteisöhoidollisessa mielenterveystyössä pyritään. Työnteki-
jöiden tehtävänä on antaa asiakkaille enemmän vastuuta omasta elämästään, jotta
heidän itsenäistymisensä mahdollistuu. (Means, Richards & Smith 2003, 158-159.)

6 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimus sai alkunsa toimeksiantajan pyynnöstä selvittää työntekijöiden kokemuksia
uuden yksikön toiminnan alkuvaiheesta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää uu-
den mielenterveyskuntoutusyksikön työntekijöiden kokemuksia, toiveita ja kehittämis-
ehdotuksia koskien työnhaku- ja valintaprosessia sekä ratkaisukeskeisyyteen ja yhtei-
söhoitoon perustuvan toimintatavan toteuttamista. Tutkimuksen tuloksia käytetään
tulevien samankaltaisten yksiköiden perustamisen tukena, joten tutkimuksessa halut-
tiin selvittää, miten työhön valmistavaa koulutusta voitaisiin kehittää työntekijöiden
näkökulmasta. Tavoitteena on myös selvittää toteutuvatko toimintaperiaatteet kun-
toutusyksikön arjessa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaiseksi työntekijät kokevat yksikön toimintaperiaatteiden toteuttamisen
käytännössä?
2. Mitä kehittämisehdotuksia työntekijöillä on toiminnan alkuvaihetta koskien?
3. Mihin asioihin kaivataan lisäkoulutusta?

7 Opinnäytetyön toteuttaminen

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sitä pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on yleisesti löytää tosiasioita, eikä vain todeta jo olemassa olevaa tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään asioita tilastojen valossa, vaan pyritään ymmärtämään tiettyä ilmiötä tai toimintaa. Tutkimukseen osallistujiksi kannattaa valita sellaisia henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tai käytännön kokemusta aiheesta. Tällöin valinta on harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85-86.)

Tutkimus toteutettiin laadullisena, koska tutkimuskysymykset vaativat avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat pääsivät kertomaan omia näkemyksiä ja kokemuksia. Avoimilla kysymyksillä saatiin juuri sellaisia vastauksia, joita tutkimukseen tarvittiin. Jokaisella on omakohtainen kokemus aiheesta, joten suljettujen kysymysten teko olisi jättänyt joltain varmasti ulkopuolelle. Tutkimukseen vastaajiksi valikoitui kaikki yksikön ohjaajat sekä vastaava ohjaaja.

7.2 Aineiston keruu

Kyselytutkimus on yksi yleisimmistä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71). Kyselytutkimus on hyvä tapa kerätä tietoa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Tämän tyyppiset asiat luovat haastetta kyselytutkimuksen toteuttamiseen monimutkaisen ja moniulotteisen luonteensa takia (Vehkalahti 2014, 11).

Kysely oli teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. Lomakehaastattelussa ei saa kysyä mitä tahansa, vaan on kysyttävä tutkimuksen kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Kaikille

kysymyksille tulee löytyä perustelut tutkimuksen viitekehystä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.)

Kysely toteutettiin Webropol -kyselyohjelmalla, jolla laadittiin 19 kysymystä sisältävä kysely (liite 2). Taustatiedot kerättiin vaihtoehtokysymyksillä, muuten kysymykset olivat avoimia. Pienen vastaajamäärän vuoksi vaihtoehdot laadittiin melko väljiksi, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi. Kysely lähetettiin sähköpostitse vastaajille tammi-kuussa 2015, vastausaikaa annettiin kuukausi. Saatteeksi kyselyyn liitettiin kirje (liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista sekä tutkittavien anonymiteetin suojaamisesta.

7.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perinteisin analyysimenetelmä. Tällä pyritään saamaan tiiviissä ja yleisessä muodossa oleva selvitys tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-103.) Tutkimus toteutettiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä, jossa oli aineistona kyselystä saadut vastaukset.

Analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa aineistosta karsitaan pois tutkimukselle epäolennaiset asiat. Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta etsitään tiettyyn aiheeseen liittyvät asiat ja tehdään niistä ryhmä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa yhdistellään klusteroinnissa syntyneitä ryhmiä isommiksi luokiksi. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto saadaan teoreettiseen muotoon, jonka myötä saadaan vastaus asetettuun tutkimusongelmaan. (Mts. 109-111.)

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla kysymysten vastaukset huolellisesti läpi moneen kertaan. Vastaukset käsiteltiin yksi kerrallaan tärkeitä asiasanoja poimien. Huomiotta jätettiin tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat, jolloin vastaukset selkenivät ja päästiin laatimaan asiasanoista ryhmiä. Vastauksissa oli paljon samankaltaisuuksia, jolloin ryhmittely sujui suhteellisen vaivattomasti. Lopuksi kysymyksistä laadittiin yhteenvedot, joissa tutkimuksen kannalta olennaiset asiat tulevat ilmi.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta mitataan yleensä käsitteiden reliaabelius eli mittaustulosten toistettavuus ja validius eli pätevyys kautta. Laadullisessa tutkimuksessa näiden käsitteiden suoranainen käyttö harvoin tuottaa haluttua tulosta luotettavuudesta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden mittaaminen on kuitenkin yhtä tärkeää kuin määrällisessäkin. Tällöin luotettavuutta halutaan arvioida usein tarkalla selostuksella tutkimuksen toteuttamisesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.)

Laadullisessa tutkimuksessa havaintojen puolueettomuus on avainasemassa luotettavuutta tarkasteltaessa. Puolueeton havaintojen teko tarkoittaa, että tiedonantajia kuullaan ja ymmärretään omana itsenään, eikä anneta ulkoisten tekijöiden vaikuttaa havainnointiin. Näin kuitenkin oletetaan aina tapahtuvan jossain määrin, koska tutkija on itse luonut tutkimusasetelman ja tulkitsee sitä omalla tavallaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.)

Tutkimusta ja sen luotettavuutta täytyy miettiä kokonaisuutena, mutta Tuomi ja Sarajärvi (2009, 140-141) ovat erotelleet yksittäisiä asioita, joita on hyvä ottaa huomioon luotettavuutta tarkasteltaessa. Raportissa tulee ilmetä tutkimuskohde eli mitä tutkitaan ja miksi sekä omat ajatukset tutkimuksesta ja sen tärkeydestä. Lisäksi raportissa täytyy kertoa tarkasti ja johdonmukaisesti tutkimuksen eri vaiheista.

Kyselyn vastausprosentti oli 78%, joka on hyvä, koska vain kaksi vastaajaa jätti vastaa-matta. Tulosten kannalta olisi kuitenkin ollut ihanteellista, että kaikki tutkimukseen osallistuvat olisivat vastanneet, jolloin olisi saatu jokaisen työntekijän näkemys kuntoutusyksikön alkutaipaleesta.

7.5 Tutkimuksen eettisyys

Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla tutkimuksen lähtökohtana. Itsemääräämisoikeus on otettava huomioon, jolloin tutkimukseen osallistumisen kuuluu olla vapaaehtoista. On hyvä antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen julkistamisesta. (Hirsjärvi

ym. 2009, 25.) Tutkimusaiheen valinta täytyy miettiä eettisen pohdinnan kautta; kenen ehdoilla tutkimus toteutetaan ja miksi tutkimusta tehdään (Tuomi & Sarajärvi 2013, 129).

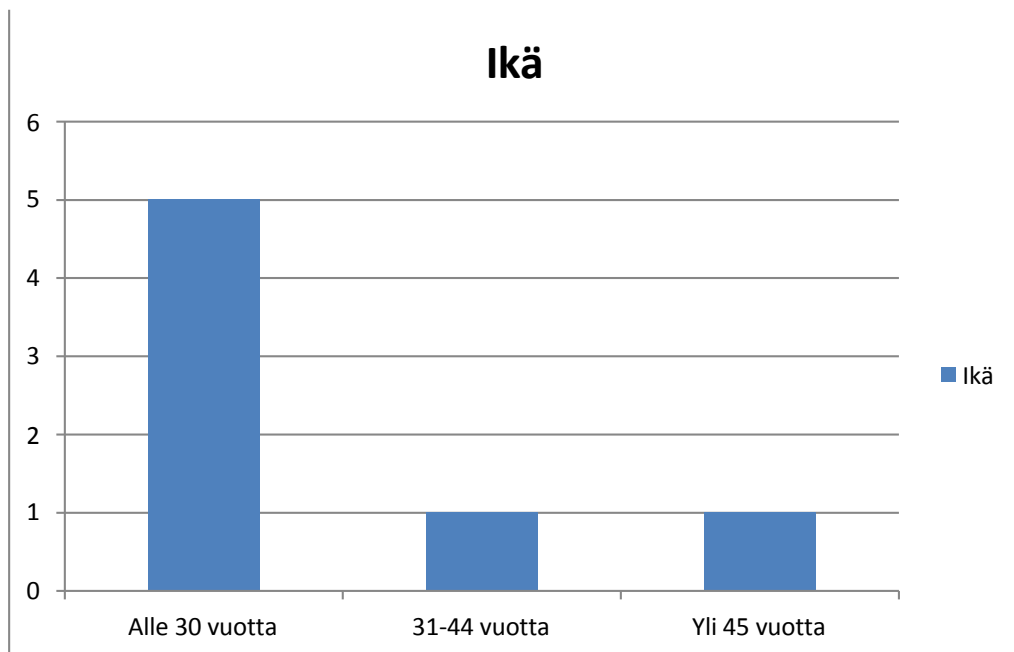
Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija soveltaa eettisesti sopivia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä julkistaa tutkimuksen tulokset rehellisesti ja avoimesti. Tutkimus täytyy suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja niin, että lukijalle käy ilmi mitä tutkimuksen kussakin vaiheessa on tehty. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimuksen tekijöiden oikeudet, vastuu ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten julkaisukäytänteistä on hyvä sopia kaikkien osapuolten kesken. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.)

Tutkimus sai alkunsa toimeksiantajan pyynnöstä. Aiheen tutkiminen oli tärkeää, koska tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää hyödyksi tulevien samankaltaisten yksiköiden perustamisessa. Toimeksiantajalta saatiin myös tutkimukseen osallistuvien yhteystiedot ja suostumus tutkimuksen tekemiseen. Vastaajien anonymiteetistä huolehdittiin tekemällä kaikkien vastauksista yhteiset yhteenvedot, joista ei voi päätellä kenenkään henkilökohtaisia vastauksia. Vastausten analysoinnissa pyrittiin välttämään omien tulokintojen tekoa, jolloin julkaistut tulokset ovat todenmukaisia.

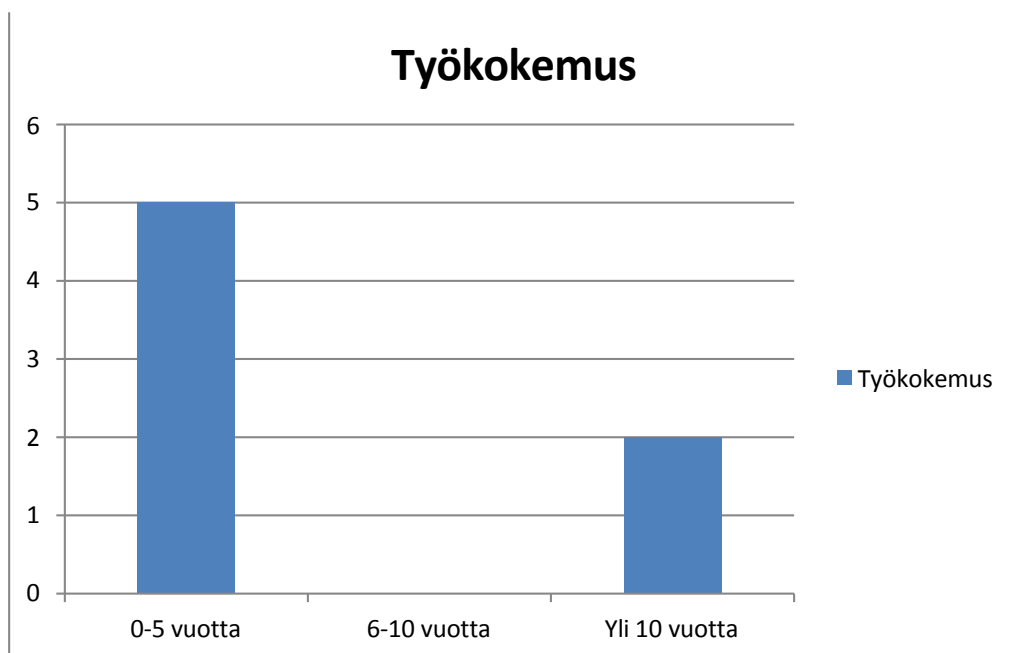
8 Tulokset

8.1 Taustatiedot

Kysely lähetettiin kaikille Aallon työntekijälle, joita oli yhdeksän. Vastauksia saatiin seitsemän ja vastausprosentti oli 78%. Vastaajista kaksi oli miehiä ja viisi naisia. Alle 30-vuotiaita oli viisi, 31-44-vuotiaita yksi ja yli 45-vuotiaita yksi. Työkokemusta vastaajista viidellä oli 0-5 vuotta ja kahdella yli kymmenen vuotta.



Kuvio 1. Vastaajien ikä



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus

8.2 Ennen työn alkamista

”Kuulin tärkeimpinä periaatteina olevan yhteisöhoiton ja ratkaisukeskeisyyden.”

Hakuprosessin alkaessa vastaajat ajattelivat Aallon olevan nuorten mielenterveys-kuntoutujien asumisyksikkö, joka on nykyaikainen ja avoin kehitykselle. Yksikön arjen ajateltiin olevan yhteisöhoitoon perustuvaa, vapaata ja rentoa olemista sääntöjen rajoissa. Asukkaiden kanssa keskustellaan avoimesti ja on mahdollista järjestää erilaista viriketoimintaa. Työpaikan ilmapiirin odotettiin olevan innostava sekä työn haastavaa mutta myös antoisaa. Aallossa ajateltiin olevan mahdollisuus kehittää itseään työntekijänä sekä olla mukana kehittämässä Aaltoa työpaikkana.

”Kehittymysmyönteinen, uutta toimintaa aloitteleva ja luova yksikkö.”

Valintatilaisuuksista vastaajat kertoivat saaneensa lisää tietoa Aallostä ja sen toimintaperiaatteista, mikä selkiytti tulevaa. Valintatilaisuuksien tehtävät koettiin monipuoliksi ja mielenkiintoisiksi. Haastattelut olivat miellyttäviä ja johtohenkilöstön paikallalo koettiin positiiviseksi asiaksi. Kiinnostus työtä kohtaan kasvoi.

Haku- ja valintavaiheessa vastaajat olisivat halunneet tietää, miten monipuolinen työnkuva tulee olemaan, sillä työn alkaessa kiire ja työn vaativuus yllättivät, samoin kuin monipuoliset työtehtävät. Lisää tietoa olisi vastaajien mukaan ollut hyvä saada kuntouttavasta työotteesta esimerkiksi viriketoimintojen järjestämisessä. Toisaalta koettiin myös, että haku- ja valintavaiheessa tietoa saatiin riittävästi ja on osin myös työnhakijan vastuu perehtyä tulevaan työhön.

8.3 Valinnan jälkeen

Vastaajat pitivät työhön valmistavia koulutus- ja perehdytyspäiviä hyödyllisinä, monipuolisina ja tärkeinä tulevaisuuden kannalta. Erityisen tärkeinä niitä pidettiin ryhmäytymisen ja työkavereihin tutustumisen kannalta, joihin toivottiin edelleen lisää panostusta. Työhön perehdyttäminen koettiin hyväksi, mutta sen toivottiin jatkuvan työn ohessakin, sillä se tuntuu olevan edelleen osittain kesken. Hieman lisää perehdytystä kaivattiin ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon perustuvaan toimintaideologiaan.

Kaikki vastaajat perehtyivät ratkaisukeskeisyyteen ja/tai yhteisöhoitoon omatoimisesti valintansa jälkeen ennen työn alkua. Tietoa haettiin Internetistä, kirjallisuudesta ja

keskustelemalla asiasta tietävien kanssa. Osalla oli jo ennestään kokemusta aiheesta aikaisemman työn kautta, ja osa kävi aiheeseen liittyviä koulutuksia.

8.4 Toiminnan alkuvaihe

Aallon toiminnan alkuvaiheessa vastaajat kaipaivat lisäperehdytystä arjen hallintaan ja perusasioiden hoitamiseen. Toivottiin enemmän tietoa yleisistä toimintaperiaatteista esimerkiksi asukkaan tulovaiheeseen ja alkutavoitteiden laatimiseen. Perusperehdytyksen koettiin olevan erityisen tärkeä, ja se tulisi käydä heti läpi perusteellisesti ennen työn alkua, jotta se ei jää kesken. Lisää yhteistä perehdytystä toivottiin erityisesti kokemattomammille työntekijöille, jotta perusasiat olisivat kaikilla mahdollisimman hyvin hallussa. Kun perusasiat ja arki on hallinnassa, lisätieto Aallon toimintaideologiasta olisi paikallaan. Vastaajat toivoivat etenkin toiminnan alkuvaiheeseen enemmän yhteisiä palavereja ja keskusteluja, joissa voisi tuoda esille parannusehdotuksia ja käydä läpi sitä, miten työ on alkanut sujua. Näin saataisiin kaikkien työntekijöiden ääni kuuluville.

”Selkeämpi perehdytys arkiaskareiden hoitamisessa olisi ollut paikallaan.

Esim. selkeä lääkeperehdytys kaikille olisi ollut hyvä.”

Vastaajien roolit työyhteisön jäseninä jakautuivat kahteen: kokeneemmat sekä uudet, kokemattomat työntekijät. Vastaajat, joilla oli ennestään enemmän työkokemusta, kokivat roolinsa työyhteisössä olevan toisia ohjaava ja tukeva. Toisilta työntekijöiltä tullut ohjaus ja neuvonta koettiin sekä positiiviseksi että negatiiviseksi. Uudet, vähemmän kokemusta omaavat työntekijät kokivat alussa epävarmuutta sekä omasta ammattitaidosta että käytännön asioiden hoitamisesta. Rakentava palaute itselle koettiin tärkeäksi.

”Oli mukava huomata että minua tarvittiin ja näin itseni tarpeelliseksi. Positiivinen palaute ja myös rakentava palaute on tärkeää.”

8.5 Nykyhetki

Aallon tulohaastattelun toteuttaminen asukkaille on koettu monipuoliseksi, kattavaksi ja ratkaisukeskeiseksi. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että sen tekemiseen perusteellisesti ja syvällisesti ei aina ole tarpeeksi aikaa. Vaikka haastattelun toteuttaminen on koettu aluksi hankalaksi, vastaajien mielestä kokemuksen myötä haastattelun tekeminen helpottuu. Vastaajat kokivat, että haastattelun onnistuminen riippuu asiakkaan ja työntekijän välisestä suhteesta. Tulohaastattelun toteuttamisessa oli epäselvää se, millaisia asioita olisi tärkeintä saada selville, ja haluttiin korostaa asukkaan tavoitteiden roolia. Vielä tässä vaiheessa, kun vastaajat eivät olleet toteuttaneet montaa tulohaastattelua, ei osattu eritellä tarkemmin, millaista lisätietoa sen toteuttamiseen kaittaisiin.

Vastaajat toivoivat lisäkoulutusta ratkaisukeskeisyydestä, jotta työntekeä olisi luontevampaa ja varmempaa. Koulutusta toivottiin arjen haastavien tilanteiden kohtaamiseen, ongelmatilanteiden ratkaisemiseen ja ratkaisukeskeisiin keskusteluihin asukkaiden kanssa. Lisäkoulutusta toivottiin myös kuntoutussuunnitelmien laatimiseen. Vastaajat toivoivat lisäksi koulutusta siihen, miten toteuttaa ratkaisukeskeistä ajattelutapaa ja työtettä konkreettisesti käytännössä arjen keskellä. Toivottiin myös, että eri koulutuksissa opitut asiat opetettaisiin osallistujien toimesta myös niille työntekijöille, jotka eivät kyseiseen koulutukseen osallistuneet.

”Arjen tilanteisiin lähinnä erilaisten asukkaiden kohtaamiseen, lähestymistapoihin ja ongelmatilanteiden ratkaisemiseen.”

8.6 Tulevaisuus

Vastaajat arvioivat ammattitaitoaan asteikolla 1-10, ja keskiarvoksi tuli seitsemästä vastauksesta 8,14. Jotta vastaajat voisivat antaa numeroa paremman arvosanan ammattitaidolleen, he tarvitsisivat lisää teoretietoa ja käytännön taitoja mielenterveysongelmista, ratkaisukeskeisyydestä, asukkaiden etuusasioiden hoitamisesta sekä lääkähoidosta. Toivottiin, että osattaisiin paremmin kohdata erilaisia asukkaita ja tilanteita luontevammin hyödyntäen ratkaisukeskeistä työtettä. Vastaajat arvioivat, että

omasta työskentelystä tulee sitä luontevampaa, mitä enemmän työkokemusta kertyy.

”Selkeytyneet työnkuvat ja toimintatapa. Mahdollisuus kehittää jatkuvasti toimintaa.”

Kysyttäessä Aallon työntekijöiltä, millaisena he näkevät toiminnan vuoden kuluttua eli keväällä 2016, heillä oli positiivinen ja kehittynyt näkemys tulevasta. Arjen ajateltiin olevan sujuvampaa, jossa myös viriketoiminta on säännöllistä. Työntekijät ovat löytäneet oman paikkansa työyhteisössä, työnkuvat ovat muotoutuneet selkeämmiksi ja vastuu kannetaan tasaisesti. Työntekijät ovat myös kehittyneet alansa asiantuntijoina ja ovat osaavia. Henkilökunnan jaksaminen huomioidaan ja sitä on palkattu lisää. Yksikön toiminta on kannattavaa ja asukkaiden voinnissa näkyy edistystä.

”Ensimmäiseksi tämmöiseksi yksiköksi hoidettu hyvin, seuraavat pääsevät jo helpommalla ja kaikki toimenpiteet ovat jo kehittyneemmät varhaisemmassa vaiheessa, kun tiedetään heti mitä lähdetään tekemään ja miksi, ei tarvitse enää siihen perustuksien suunnitteluun käyttää aikaa, kun pääsee jo suoraan asiaan.”

8.7 Parannusehdotukset

Vastaajien parannusehdotukset Aallon alkutaipaleeseen liittyen koskivat pääosin perehdytyksiä ja käytännön asioiden hoitamiseen liittyviä asioita. Vastauksissa toivottiin lisää perehdytystä erityisesti Mikevan käytäntöihin, asiakirjojen laatimiseen sekä tehtäväkuvauksiin, joihin kaivattiin myös selkeyttä. Ryhmytyymiseen ja työyhteisön ryhmähenkeen toivottiin lisää panostusta. Esimiehiltä haluttiin enemmän keskustelua, tukea ja palautetta. Vastauksissa annettiin positiivista palautetta siitä, miten hyvin Mikeva on ensimmäisen tällä ideologialla toimivan yksikön toteuttanut, sekä ilmeni luottamusta siihen, että seuraavaa samantyyppistä yksikköä perustettaessa toiminta on selkeämpää ja kehittyneempää.

9 Pohdinta

Opinnäytetyömme sai alkunsa Mikeva Oy:n toimeksiannosta. Tavoitteena oli selvittää uuden mielenterveysyksikön työntekijöiden kokemuksia toiminnan alkuvaiheessa sekä tutkia erityisesti toimintaa määritteleviä ratkaisukeskeisyyttä ja yhteisöhoitoa. Tarkastelimme työssämme mielenterveyttä ja mielenterveyskuntoutusta yleisellä tasolla, mutta pääosin teoriaosuudessa perehdyimme ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon. Aiheen rajaus tällä tavalla tuntui luontevalta ja tutkimuksemme kannalta tärkeältä. Teoriapohjan myötä laadimme kyselyn, jossa kysyttiin käytännön asioita toiminnan alkuvaiheesta ratkaisukeskeisyyteen ja yhteisöhoitoon peilaten.

Kyselymme oli laaja ja sisälsi pääosin avoimia kysymyksiä. Vastaajien kannalta se oli melko haastava, mutta vastauksista huomasimme, että kysely otettiin tosissaan ja vastauksia oli mietitty. Olimme tyytyväisiä kyselymme vastausprosenttiin ja saimme monipuolisesti vastauksia asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Vastaajilta tuli myös konkreettisia ja realistisia kehittämissuhteita, joita on hyvä huomioida tulevia yksiköitä perustettaessa.

Tavoitteena oli, että Mikeva Oy pystyy hyödyntämään tutkimustuloksia jatkossa. Aiheen tutkiminen tuntui hyödylliseltä ja tärkeältä, varsinkin kun vastauksista tuli ilmi selkeitä parannusehdotuksia sekä valintatilaisuuksiin, toiminnan alkuvaiheeseen että tulevaisuuteen. Tällaisen tutkimuksen tekeminen minkä tahansa yksikön perustamisen yhteydessä olisi hyödyllinen, jotta saataisiin tietää heti alussa ollaanko menossa oikeaan suuntaan toiminnan järjestämisessä. Ehdotuksemme on, että Aallon työntekijöiltä kysyttäisiin kokemuksia ja mielipiteitä myös myöhemmässä vaiheessa, esimerkiksi vuoden tai kahden päästä, jotta toimintaa voitaisiin jatkossakin kehittää tarpeita vastaavaksi. Ongelman tällaisen seuranta-tutkimuksen toteuttamiselle muodostaa henkilöstön mahdollinen vaihtuvuus. Tulokset eivät ole ehdottoman luotettavia, jos vastaajaryhmä on osittain eri kuin nyt toteuttamassamme kyselyssä. Toinen jatkotutkimusehdotuksemme on toteuttaa samanlainen kysely Mikevan seuraavan, samalla ideologialla perustetun yksikön työntekijöille. Näin Mikeva saisi tietoa ja palautetta siitä, onko toisen yksikön perustaminen onnistunut paremmin.

Vastauksista ilmeni yksikön arjen pohjautuvan ratkaisukeskeiseen ja yhteisöhoidolliseen toimintatapaan, vaikka työntekijät eivät varsinkaan toiminnan alkuvaiheessa olleet kovin tietoisia siitä, millaista arki käytännössä tulee olemaan ja mitä kaikkea se sisältää. Mielenterveyskuntoutujille suunnatussa yksikössä onkin erityisen tärkeää, että sekä työntekijät että asukkaat ovat tietoisia arjen aikataulusta ja omista tehtävistään.

Taustatyön tekeminen opinnäytetyötä varten on ohjannut meitä voimavaralähtöisempään ajatteluun, ja se on edistänyt ammatillista kasvuamme kuntoutuksen ohjaajiksi. Koimme ratkaisukeskeisyyteen tarkemman tutustumisen hyödyllisenä, sillä voimme käyttää sitä tulevassa työssämme kuntoutuksen ohjaajina asiakkaita tavatessa, haastatteluissa ja muissa keskusteluissa. Vaikka emme vielä tiedä, minkälaiseen työhön tulemme työllistymään valmistumisen jälkeen, perehtyminen ratkaisukeskeiseen toimintatapaan on selkeyttänyt ammatti-identiteettiämme ja sitä, millaista työtettä haluamme tulevassa työssämme toteuttaa. Mielenterveyden, ratkaisukeskeisyyden ja yhteisöhoidon historiaan tutustuminen on antanut ajateltavaa tulevaa varten. Olemme saaneet huomata, miten paljon mielenterveystyö on jo kehittynyt, mutta ymmärtäneet samalla, että kehittämiskohteita on edelleen. Tutkimamme asiakaskeksien, tulevaisuuteen toiveikkaasti suuntautunut ajattelu- ja työtapana on mielestämme hyvä perusta yleisesti kuntoutusohjaukseen. Tarkempi tutustuminen mielenterveyspalveluihin sai meidät ymmärtämään, miten tärkeää kuntoutusohjaus silläkin alalla on, sillä usein mielenterveyskuntoutujalla ja tämän läheisillä on heikosti voimavaroja kuntoutusverkoston selvittämiseen.

Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli mielestämme hyvä valinta, koska tällöin aiheesta tuli keskusteltua ja saimme molemmat uusia näkökulmia aiheeseen. Oman haasteen parityöskentelyyn toi asumisemme eri paikkakunnilla, joten teimme työtä melko paljon Internetin välityksellä. Saimme kuitenkin aikataulutettua työn tekemisen molemmille sopivaksi, jolloin molemmat pääsivät osallistumaan työn tekemiseen tasapuolisesti. Oli myös hienoa, että opinnäytetyöstämme oli aidosti apua toimeksiantajallemme. Kun tiesimme, että työmme on haluttu ja hyödyllinen, tutkimuksen ja opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä.

Lähteet

De Jong, P. & Berg, I. K. 2008. Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja. Lyhytterapiainstituutti Oy.

De Leon, G. 2000. The therapeutic community. New York: Springer Publishing Company.

Etherington, K. 2002. Rehabilitation Counselling in Physical and Mental Health. London: Jessica Kingsley Publishers.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. 1.-2. p. Helsinki: Edita Prima.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hirvihuhta, H. & Litovaara, A. 2004. Ratkaisun taito. Vammala: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Viitattu 7.4.2015. [Http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf).

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. 1.-2. p. Hoitamisen taito. Keuruu: Tammi.

Ikonen, Y., Kallio, L. & Ruisniemi, A. 2012. Elämänmuutos rakentuu toiminnasta ja osallisuudesta yhteisöhoitossa. Teoksessa Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toim. Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Nordling, E. & Bergman, V. Tampere: Juvenes Print.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2005. Voimavarat käyttöön. Jyväskylä: Duodecim.

Keenan, S. & Paget, S. 2005. Service standards for Therapeutic Communities. 5th edition. London: The Royal College of Psychiatrists' Research Unit.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuntoutusyksikkö Aalto. 2014. Mikeva Oy. Viitattu 17.4.2015. [Http://www.mikeva.fi](http://www.mikeva.fi), Palvelut, Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, Kuntoutusyksikkö Aalto.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 4.4.2015. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Viitattu 8.4.2015. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, T., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Porvoo: WSOY.

Lyhytterapiainstituutti. N.d. Lyhytterapiainstituutti Oy. Viitattu 27.3.2015. <http://www.lti.fi/fi/>.

Means, R., Richards, S. & Smith, R. 2003. Community Care. Third edition. Basingstoke: Macmillan.

Mielenterveyspalvelut. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.4.2015. <http://www.stm.fi/>, Sosiaali- ja terveyspalvelut, Terveyspalvelut, Mielenterveyspalvelut.

Morgan, A. 2005. Johdatus narratiiviseen terapiaan. Porvoo: Kuva ja Mieli.

Moxley, D. & Finch J. 2003. Sourcebook of rehabilitation and mental health practice. New York: Kluwer Academic Publishers.

Murto, K. 1997. Yhteisöhoitojen suuntauksia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Murto, K. 2013. Terapeuttinen yhteisö. Porvoo: Bookwell.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.

Raunio, U. 2014. Ratkaisukeskeisyys asukastyössä. Mikeva Oy:n koulutusmateriaali.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. p. Keuruu: Duodecim.

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino.

Spandler, H. 2006. Asylum to Action. London: Jessica Kingsley Publisher.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Lyhyt versio. 2004. World Health Organization, WHO. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. p. Vantaa: Tammi.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Yritys. 2014. Mikeva Oy. Viitattu 13.3.2015. <http://www.mikeva.fi/>, Yritys.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje kyselyyn

Kysely Aaltoon - Ratkaisukeskeisyyden ja yhteisöhoidon periaatteiden toteutuminen

Olemme kaksi kuntoutusohjauksen opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön ratkaisukeskeisyyden ja yhteisöhoidon periaatteiden toteutumisesta kuntoutusyksikkö Aallossa. Kyselyn tavoitteena on selvittää työntekijöiden kokemuksia, toiveita ja kehittämis ehdotuksia ratkaisukeskeisyydestä ja yhteisöhoidosta Aallon toiminnan alkuvaiheessa.

Mikeva Oy käyttää opinnäytetyömme tuloksia tulevien samankaltaisten yksiköiden perustamisen tukena, joten haluamme tietää, miten työhön valmistavaa koulutusta voitaisiin kehittää työntekijöiden näkökulmasta.

Kyselyyn vastataan nimettömästi, eivätkä kenenkään henkilökohtaiset vastaukset ole tunnistettavissa julkaistavasta opinnäytetyöstämme. Kyselyn vastaukset tulevat meille opiskelijoille analysoitaviksi, tulokset toimitetaan Aaltoon ja julkaistaan opinnäytetyössämme.

Pyydämme vastausta 30.1.2015 mennessä. Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,

Suvi Paakkinen
Nelli Raunio

Liite 2. Kyselylomake**Kysely Aaltoon****1. Sukupuoli ***

- ☐ Mies
- ☐ Nainen

2. Ikä *

- ☐ alle 30 vuotta
- ☐ 31-44 vuotta
- ☐ yli 45 vuotta

3. Työkokemus hoitoalalta yhteensä? *

- ☐ 0-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta

4. Millainen mielikuva sinulla oli Aallosta hakuprosessin alkaessa?

5. Kerro havaintojasi valintatilaisuuksista; miten käsityksesi ja mielikuvasi työpaikasta muovautuivat?

6. Mitä asioita hakijan olisi ollut hyvä tietää Aallon toimintastrategiasta haku- ja valintavaiheessa?

7. Kerro kokemuksiasi koulutus-/perehdytyspäivistä. Ohjelman hyödyllisyys ja riittävyys?

8. Perehdyitkö ratkaisukeskeisyyteen/yhteisöhoitoon omatoimisesti valintasi jälkeen ennen työn alkua?

- ☐ Kyllä
- ☐ En

9. Jos vastasit edelliseen kysymykseen 'kyllä', miten tutustuit ratkaisukeskeisyyteen/yhteisöhoitoon?

10. Mitä ehdotuksia sinulla on toiminnan alkuvaiheen kehittämiseksi?

11. Millaista perehdytystä/koulutusta olisit kaivannut enemmän toiminnan alkuvaiheeseen? (Esim. asukkaan tulovaihe, tavoitteiden asettelu, alkuselvittelyt)

12. Mitä havaintoja teit itsestäsi, omasta roolistasi työyhteisön jäsenenä, kun Aalto aloitti toimintansa?

13. Kerro kokemuksiasi Aallon tulohaastattelun toteuttamisesta.

14. Mistä kaipaisit lisätietoa Aallon tulohaastattelun toteuttamiseen liittyen?

15. Mitä ja millaista lisäkoulutusta haluaisit ratkaisukeskeisyydestä? Voit miettiä tarpeitasi eri tilanteisiin liittyen. (Esim. tulohaastattelu, kuntoutussuunnitelman teko, läheisten kanssa toimiminen, arjen tilanteet)

16. Arvioi tämän hetkinen ammattitaitosi asteikolla 1-10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ammattitaitoni ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

17. Mitä pitäisi tapahtua, että voisit antaa numeroa paremman arvostuksen ammattitaidollesi?

18. Millaisena näet Aallon toiminnan vuoden kuluttua?

19. Kerro muita huomioitasi ja parannusehdotuksia Aallon alkutaipaleeseen liittyen.
